

中途障害の受容と生きがいの関連について

とく ちん あつ こ ふじ た だい すけ
徳 珍 温 子・藤 田 大 輔*

1. はじめに

障害をもつことなく、長い人生を全うすることは、多くの人から望まれていることである。

しかし、疾病や事故により受けた身体機能の著しい障害を、受容することが困難で、生きる意欲の減退を招いている、つまり、「生きがい」を無くしているのではないかという事例に出会うことが、医療現場において数多くあった。

このような事例に接するごとに、医療・保健機関を中心に行われている、残存機能の保持、強化を目指す身体的アプローチとともに、「生きがい」の形成につながる精神的・社会的アプローチの手段を構築していく必要性を感じてきた。

平成13年6月に厚生労働省が実施した身体障害者実態調査によれば、わが国における在宅の身体障害者数は、およそ3,245,000人であると推定され、平成8年に行われた前回調査と比較すると、10.6%増加している。

年齢階級別の構成割合を前回の調査と比較すると、60歳以上の割合が67.0%から72.9%に増加し、70歳以上が45.7%を占めている。また、障害程度の状況は、1・2級の重い障害を有する身体障害者は1,464,000人で、身体障害者数の45.1%を占め、前回の43.2%に比してその割合が増加し、重度化がみられる。

障害の原因別では、疾病によるものが26.2%、事故によるものが17.0%である。加齢によるものが4.7%であるが、前回調査と比較して約1.5倍に増加している。

これらの状況から、わが国の身体障害者の実態には、高齢化、重度化、原因の多様化といった傾向がうかがわれる¹⁾。

高齢者についての過去の研究においては、健康と生きがいが相互に影響し合うということが指摘されている²⁻⁵⁾。そのことから、障害をもつことが生きがいの形成を阻害するであろうことが予測されるが、具体的に、障害の何が阻害する要因であるのか、また何が形成を促進する要因であるのか、明らかではない。

本研究では、大阪府下のリハビリテーション病院に通院している、脳血管障害による麻痺を有している人を対象にケーススタディを行い、どのように障害を受容しているのか、逆にどのようなことが受容を阻害しているのかを把握することを目的としている。

2. 研究方法

2.1 調査対象

本調査の対象者は、脳血管障害による身体機能に障害を持ち、リハビリテーションを目的として、大阪府下にあるリハビリテーション病院に通院している事例を対象とした(男

* 神戸大学発達科学部 (Faculty of Human Development, Kobe University)

4名、女4名)。

麻痺側における筋力は、徒手筋力測定法(manual muscle testing: MMT)の3から1で、障害の程度は3級から4級程度であるが、障害認定を受けていない者もある。摂食動作、排泄動作、整容動作、更衣動作といった標準的な日常生活動作(activities of daily living: ADL)は、ほぼ自立している。平均年齢は63.4歳である。

2.2 調査方法

外来受診時の医師、看護師等の医療従事者との会話や観察したことを記録し、分析のための資料とした。

2.3 分析方法

個人情報、氏名、年齢、性別、現病歴といった属性と、Royが提唱したunitary manのパターンに焦点を当てた人間の適応様式の構成要素を参考に、観察した情報を、①身体的統合としての生理的様式、②心理・社会的統合性としての自己概念行動様式、③心理・社会的統合性としての役割機能行動様式、④心理・社会的統合性としての相互依存行動様式に分類した⁶⁾。

2.4 調査期間

調査期間は、2001年4月から2001年10月までであった。

3. 結 果

3.1 事例紹介

<事例1>

I・K氏、昭和18年5月5日(58歳)、女性。

現病歴：発症から10年、脳出血後遺症(左半身麻痺、平成3年12月18日発症)、高血圧、高脂血症。

①脳出血は、高血圧脳出血とも呼ばれているように、高血圧が基本的原因と考えてよい。細動脈が高血圧のために何らかの異常を

きたした結果、はじめて起こるものであることが知られている。内頸動脈、椎骨動脈とともに、頭蓋内に入ると外弾力膜を失い、外脈の構造が弱体となる。内弾力膜は、他の部位の同じ太さの動脈に比べてよく発達しているが、中膜の発育は悪いのが特徴であり、これらが脳血管の障害を受けやすいことの要因になっている。

高血圧性血管の病変として重要視されているのは、血管の壊死による微小脳動脈瘤の形成であり、この頻度は年齢、血圧とともに上昇する。

I・K氏は高血圧と診断されており、高血圧が、平成3年12月18日に発症した脳出血の原因の一つとして考えられる。

高血圧の原因を考える上で、若年期からの日常生活習慣が重要である。

発症が48歳の時であり、身体的な変化が起こる時期である。身体的変化とは具体的には、女性ホルモンの減少により、コレステロール値の上昇、血圧の上昇という身体的変化が起こっているにもかかわらず、その身体的変化に合わせた日常生活習慣の変更が十分なされていなかったことも、コレステロール値の上昇、血圧の上昇を助長させた一因であると考えられることができる。

高血圧に対し、カルボン酸系ACE阻害薬であるロンゲス、Ca²⁺拮抗薬であるニバジールの服用により、血圧値は130/80~90 mmHg前後でコントロールできている。また、排便時の努責による血圧の上昇を予防するため、大腸刺激性下剤のセンノサイドを服用し、調整ができている。

高脂血症に対してはHMG-CoA還元酵素阻害薬であるメバロチンを服用することにより、平成12年12月12日の血液検査の結果では、T-cho200 mg/dl、HDL-cho55 mg/dl、LDL-cho118 mg/dl、TG113 mg/dlとすべて正常範囲内である。

炊事を行うにあたって、コレステロール

値の高い食品の摂取を控える、塩分の摂取を控えるなどに注意している。同居の家族である夫もI・K氏同様に、疾病に対する理解はあり、アミールを勧めるなど、健康探求行動を助長する役割を果たしている。

②身体的自己については、身体に対する感覚やボディイメージという視点でI・K氏の整容、着衣に注目してみると、いわゆる女性らしい華やかな装いをしていることから、障害による感覚やボディイメージの変化によるI・K氏の自己評価が著しく低下しているとは捉えられない。

人格的自己については、「何事もやろうと決めて頑張ればできるものや」という発言が象徴するように、I・K氏は、障害を克服しようとする姿勢として肯定的自己評価がみられる。

③妻であり、母であるというのがI・K氏の役割である。また、家事といったアンペイドワークではあるが、主婦としての労働も、工夫しながら継続している。

④家族状況や外来受診時の情報交換の状況から考えられることは、他者との良好な関係が成立しているものと考えられる。そのことから、家族からのサポートはあるであろうと推測される。

<事例2>

H・Y氏、昭和16年10月9日(60歳)、男性。

現病歴：発症から10年、脳出血後遺症(左麻痺、平成3年5月18日発症)、上室性頻拍症、高血圧、高脂血症。

①<事例1>のI・K氏同様に、H・Y氏の脳出血も高血圧という診断からも分かるように高血圧に起因している。また、動脈硬化を促進する要因の一つである高脂血症もある。

高血圧、高脂血症の原因を考える上で、若年期からの生活習慣が重要である。

その生活習慣の中で最も重要なものの一つに食事を挙げることができるが、H・Y氏の

食事の準備は、妻が受け持っている。しかし、外来受診時には、一人で病院にくるので、高血圧、高脂血症に対する食事指導を妻が受ける機会はない。また、医師から食事指導を勧められても、「そんなん聞いても、嫁さんには分かんって」と不機嫌に拒否するなど、家庭における食事の状況が疾患に対して適切であるかはわからない。

また、BMIは25.2であり、日本肥満学会が示す基準に照らし合わせると、肥満傾向といえる。

高血圧に対し、塩酸ベルジピン製薬であるコニールの服用により、120~130/70~80 mmHg前後でコントロールできている。

高脂血症に対しては、HMG-CoA還元酵素阻害薬であるリポバスの服用で、平成13年4月24日ではT-cho183 mg/dl、HDL-cho50 mg/dl、LDL-cho88.6 mg/dlと正常であるが、TG222 mg/dlと高い値を示している。しかし、平成13年8月27日ではT-cho126 mg/dl、HDL-cho54 mg/dl、LDL-cho42.3 mg/dl、TG148 mg/dlと正常範囲となっている。

改善が見られた原因として、リポバスの服用による効果も一因ではあるが、4月の測定時には、「3月までは寒かったから」という理由で減少していた運動量が、温かくなることによって増加に転じたという、運動生活習慣という側面からみた理由も関与しているのではないかと推測される。したがって、家族への食事指導が難しいH・Y氏の場合、自分でできる運動に焦点を当てた指導が導入として用いられても良いのではないかと考えられる。

高脂血症による血栓の形成の予防という意味で、抗血栓薬であるエパデールを服用している。

②身体的自己については、障害を持つことに対してH・Y氏の自己評価が低下していると捉えることはできない。

しかし、人格的自己については、一貫した

自己機構を維持し、不均衡を避けようと努力する人格的自己の側面においては、「(家族から)還暦の祝いなんか、年をとったみたいに思われるから、してほしくないわ」という発言がみられ、加齢に対する身体的あり方、健康のあり方、人間関係のあり方、将来の生き方等に対する否定的な感情などにおいて、低い評価をうかがうことができる。

③障害を持つ前は、職業人として、家族の家計を支えるという形での夫、父親としての役割を果たしていたが、現在は職業を通した家庭での役割は喪失している。

④外来受診時の情報交換の状況から、他者との良好な関係が成立しているものと考えられる。しかし、家庭状況については判断するための十分な情報が得られなかった。

<事例3>

N・M氏、昭和15年3月30日(61歳)、女性。

現病歴：発症から3年、脳出血後遺症(左麻痺、平成10年1月3日発症)、高血圧。骨粗鬆症(平成13年1月26日)。

①N・M氏は高血圧と診断されており、高血圧が脳出血の原因の一つとして考えられる。

高血圧の原因を考える上で、若年期からの日常生活習慣が重要である。

高血圧に対し、ACE阻害薬であるレニベースと Ca^{2+} 拮抗薬であるノルバスクの服用により、120～130/70～90mmHg前後にコントロールされている。

N・M氏は<事例1>、<事例2>とは異なり、BMIは19.6と日本肥満学会が示す基準に照らし合わせると痩せであり、コレステロール値の上昇による動脈効果の増悪はない。

左半身の知覚の鈍磨があり、自覚症状がないままに左母指末節骨折したことがある。その後の骨塩定量測定の結果、骨粗鬆症と診断された。

骨粗鬆症は骨の組成は変わらずに骨の絶対量が減少した状態であり、骨形成より骨吸収が多くなることによって発生する。骨粗鬆症の発生原因の一つは老年期には骨の吸収量が骨付加量を超えるという、加齢に伴う変化、特に女性は、閉経に伴い女性ホルモンであるエストロゲンの減少が起因する変化が起こる。

N・M氏は61歳であり、骨粗鬆症は加齢に伴う変化の一つであると考えられるが、その他に、移動に車椅子を使用していることも、さらに骨形成よりも骨吸収を促進する要因となっている。骨代謝にはホルモンや栄養状態、ビタミンDなどのほかに、運動が重要な意味を持っている。

運動は骨にストレスを与える。このストレスが骨形成を促進して骨を強くする。運動量が低下する車椅子での日常生活は、骨にかかる負担も運動量に比例して少なくなるため、ストレスが少なく骨形成が行われにくい。

骨粗鬆症に対し、ビタミンD製薬であるαロール2カプセル服用、外来受診時に、カルシトニン製薬であるエルシトニンの筋肉注射を受けている。これにより骨粗鬆症が増悪していないか、経過をモニタリングしていくとともに、運動により骨に負荷をかけていくための指導が、必要となってくることが予測できる。

②身体的自己については、持続している疼痛に対する訴えが、外来受診時に、毎回、主治医に対してあり、身体に対する感覚やボディイメージの混乱があるものと考えられる。

体の一部の機能、すなわち、左半身の麻痺による機能の喪失を、N・M氏が受容できていないことを示している。N・M氏の痛みに対する訴えは、否認やショック、怒りといった段階ではなく、抑うつ、解決への努力の状態ではないかと推測されるが、受容には至っていない。

③役割については、家事といったアンペイドワークではあるが、主婦としての労働も、工夫しながら継続している。

④外来受診時には夫に送迎をしてもらう、家事を手伝ってもらいながらも主体的に行うなど、家族の中で、相互に良好な関係が成立していると推測される。

<事例4>

H・K氏、昭和12年6月11日(64歳)、女性。

現病歴：発症から6年、脳出血(左麻痺、平成7年6月24日)。骨粗鬆症、多発性脳梗塞(平成10年5月8日)。高血圧、高脂血症、不全右脚ブロック、僧坊弁逸脱症候群(平成11年12月8日)。

①H・K氏は高血圧と診断されており、高血圧が脳出血の原因の一つとして考えられる。また、動脈効果を促進する要因である高脂血症も診断されており、これも血圧の上昇を招いた一因であると考えられる。血圧の上昇やコレステロール値の上昇は、加齢による変化、特に閉経に伴う女性ホルモンの減少も起因していると考えられる。

高血圧および高脂血症の原因を考える上で、若年期からの日常生活習慣が重要である。

高血圧に対し塩酸ペルジピン製薬であるコニールの服用により、血圧は110~140/80~90mmHg前後にコントロールされている。

高脂血症に対してはHMG-CoA還元酵素阻害薬であるメバロチンを服用しているが、平成13年3月16日の血液検査の結果では、T-cho223 mg/dlと高い値を示しており、平成13年7月2日の結果でも、T-cho224 mg/dl、TG265 mg/dlと改善は認められないことから、平成13年8月24日に栄養士による食事指導を受けている。コレステロール値についての追跡検査は11月に予定している。

BMIは20.1で、正常範囲である。

コレステロール値の上昇に起因する血栓の形成を予防するという理由により、アスピリンによる血小板凝集能抑制薬であるバファリンを服用している。血小板値は $26.90000/\mu\text{l}$ と正常範囲であり、また、血小板減少に伴う出血傾向は観察されていない。

②身体的自己については、身体に対する感覚やボディイメージという視点でH・K氏の整容、着衣に注目してみると、障害の有無とは関連しない、いわゆる女性らしい装いをしていることから、障害による感覚やボディイメージの変化によりH・K氏の自己評価が低下しているとは捉えられない。WHOの性的健康、つまり人格やコミュニケーションや愛情を豊かにし、向上させる性的存在に対する身体的、情動的、知的、社会的視点の統合も変調をきたしているとは考え難い。

また、何のために歩行が必要なのか、自分自身に対して、こうあるべきだ、こうするべきだと期待することに関連する人格的自己の側面も、H・K氏の中で自覚されており、外来の待ち時間の間、病院の周囲を一周するなど、足が弱らないためにと、積極的に歩行練習を行っているという行動に反映されているものと考えられる。

③長男夫婦と同居しており、徐々に社会活動、あるいは母親としての役割から引退し、その母親役割に変わる友人との旅行を通じての親密な関係の形成という、それまでの役割からの離脱を図っている段階である。つまり、サクセスフルエイジングの離脱理論(Cumming & Henry)を実践している状態であると考えられる。

④相互依存については詳しい情報を得ることはできなかったが、夫、長男夫婦と同居している情報からは良好だと推測される。友人と旅行を頻繁に行っていることから、友人という重要他者との良好な関係が成立しているものと推測される。

<事例5>

O・S氏、昭和7年9月10日(69歳)、男性。

現病歴：発症から6年、高血圧 左被殻出血(右麻痺、平成7年9月9日)。

①O・S氏の出血部位は被殻であり、微小動脈瘤の後発部位は大脳皮質から穿通枝や、被殻、尾状核においては中線条体動脈外側枝に、また視床においては内側および後外側視床動脈などに見られる。これらは脳内大量出血部位(被殻60%、橋10%、小脳10%、その他10%)の数字をよく説明できる所見と考えられている。

O・S氏は高血圧と診断されており、高血圧が、平成7年9月9日に発症した脳出血の原因の一つとして考えられる。

本態性高血圧であることから、若年期からの日常生活習慣と加齢により、高血圧を発症したものと考えられる。

高血圧症に対し、 Ca^{2+} 拮抗薬であるニバジールを服用することにより、血圧は120~140/70~80mmHg前後にコントロールされている。

言語障害については、自らの意思を伝えることは可能であり、また、会話時に苛立ちのような感情の表出も認めないことから、病院での受診時において話す能力が減退しているとは言えない。

②O・S氏は定年退職後、3年が経過し、発症した。O・S氏は、定年退職後に写真撮影を始めるなど、加齢による生活様式の変化を予測して、有効な余暇活動を行うべく計画を立て、実行していたところ、脳出血により障害を持つに至った。

身体的自己を考えた場合、障害があるため、趣味の写真撮影を行うには、友人に連れて行ってもらわなければいけないという条件が付いたものの、継続して行っており、右麻痺という機能障害は、写真撮影という趣味活動を行う上での大きな不利にはなっていない。

また、人格的自己においても、自分の特性や自己の可能性、価値、真価等に対するO・S氏の評価が低い言動はみられない。

③定年退職という形で、働き手であるという役割は発症前に終えている。その後の、定年退職後の友人や家族といった他者が期待する役割については、発症後も継続している。

父親としての役割、また夫としての役割を果たしている。

④家族で旅行に出かけるなど、家族との関係も、また趣味を同じにしている友人との関係も、良好な状態が保たれているものと推測される。

<事例6>

O・K氏、昭和9年4月3日(67歳)、男性。

現病歴：発症から3年、左脳出血(右半身麻痺、平成10年1月12日発症)、高血圧症、高脂血症。前立腺肥大(経尿道的前立腺切除術にて手術)、胃粘膜下腫瘍。

①O・K氏は高血圧と診断されており、高血圧が、平成10年1月12日に発症した脳出血の原因の一つとして考えられる。

高血圧の原因を考える上で、若年期からの日常生活習慣が重要である。

高血圧に対して、末梢血管拡張作用薬カルナクリン、ACE阻害薬レニペース錠、 Ca^{2+} 拮抗薬ノルバスクという3種の薬を服用することによって、血圧は130/70~80mmHg前後でコントロールできている。

BMIは24.7で、肥満傾向であると言える。

高血圧症の原因の一つである高脂血症については、HMG-CoA還元酵素阻害薬であるローコールカプセルを服用しており、平成13年7月9日の血液検査の結果では、T-cho 203 mg/dl、HDL-cho 52 mg/dl、LDL-cho 126 mg/dl、TG 123 mg/dlと正常範囲を示している。

泌尿器科より処方されていた薬によってGPTの上昇が平成13年4月19日、5月15日の

時点であったが、平成13年7月9日の血液検査の結果では、服用を中止することにより正常範囲に改善されている。今後、排尿障害があれば、薬による肝機能障害も考慮の上、医療従事者間の十分な連携と、本人や家族に対する状態の理解を促すような援助が必要になってくると考えられる。

言語障害については、自らの意思を伝えることは可能であり、また、会話時に苛立ちのような感情の表出も認めないが、いつも妻と一緒にいるため、妻によって補足説明されることも多い。

②身体的自己については、知覚している体の機能の変化に対する言語的、または非言語的な否定的反応が見られている。

具体的には、麻痺側である右手を無視しているような行動や、妻からの、「孫とじゃんけんなどをして右手を使う訓練をすれば良いのに」などといった働きかけに、否定的な返事を返す、などである。

人格的自己については、自己評価が高いと考えられる言動はなく、また、後遺症としての抑うつ傾向もあり、デパスを服用している。

③発症前は自営業を営んでおり、妻と二人暮らしであったが、退院後は独立していた長男家族と同居するようになった。障害を持つことによって、いわゆる一家の大黒柱としての役割が、O・K氏から長男へ移ったということが考えられ、徐々に役割を移行していくのではなく、急激な変化であったと推測される。

④発症前より妻とは外出をほとんどともにしていた。また、長男の家族が、障害を機に同居を始めたことも、相互依存関係の基本となる愛情の充足において、親密で良好な関係といえる。しかし、援助希求、自発的行動、障害克服、残存している独立の価値観は、O・K氏と家族の間に、右手を使う練習に対する考え方の相違などからも推測されるよう

に、一致があるとはいえない。

<事例7>

W・K氏、昭和11年10月3日(65歳)、男性。

現病歴：発症から18年、右脳出血(左麻痺、昭和58年11月12日)、高血圧。橋本病(平成12年8月30日)

①W・K氏は高血圧と診断されており、高血圧が、昭和58年11月12日に発症した脳出血の原因の一つとして考えられる。

平成13年4月7日の血液検査の結果は、T-cho141 mg/dl、HDL-cho37 mg/dl、LDL-cho41、TG315 mg/dlでTGが高い値を示している。

また、 γ -GTPが139IU/l、と高い値を示していることから、飲酒習慣についての情報を得ることはできなかったが、最近の薬剤の変更はないことから、薬剤による副作用とは考えにくく、飲酒習慣についても考慮する必要がある。

また、高血圧の原因である動脈硬化を考える上で、TGの値の上昇や γ -GTP値の上昇についても、食習慣の見直しが必要になっていくのではないかと考えられる。しかし、独居であり、障害を持つことが家事活動を制限している可能性も高い。

橋本病は慢性の甲状腺の炎症で、病理学的には甲状腺へのリンパ球の浸潤が著明で、バセドウ病とともに、自己免疫的な機序によるものと考えられている。

これに対しては、甲状腺ホルモンであるチラーゼンの服用により、平成13年2月8日の血液検査の結果は、TSH11 μ U/ml、遊離トリヨートサイロニン2.71pg/ml、遊離サイロキシン1.04mg/dl、抗TOP抗体2.8U/ml、TSHレセプター0%と正常範囲を示している。

「今年の冬が寒かったので、あまり外へは出ることができなかった。少し前はちょっと歩いていたのに、今ではバスに乗ったり電車に乗ったりすることもできなくなってしまっ

た」との本人の訴えもあり、また、発症より18年という時間の経過が、47歳から65歳へと加齢に伴う身体的な変化とあいまって、今後、さらなる筋力低下によるADLの低下が予測される。

歩行は杖をついている。病院内など床面が平坦な場所では、以前は杖無しで行えていたが、冬の運動量の減少によってそれが不可能となってきた。

②身体的自己について、加齢に伴う筋力低下やADLの低下といった身体的な変化とあいまって、身体的特徴、機能性、など身体的なことを、W・K氏が悪化していく方向へ評価し、積極的な残存機能の向上に向けての働きかけを、阻害しているのではないかと考えることができる。

人格的自己については、人の寿命について、「元気であるならば100歳までも生きてみたいと思うけれど、こんな体やから、もういいわ」、との発言から自己理想、自己期待感がW・K氏の中で低く評価されていると考えられている。

③職業についていない。その他の情報は十分収集できていないため、役割については分からない。作業所などへは通所していない。

経済的状況としては、生活保護を受けている。

④独居。息子がいるが、家族状況については十分な情報が収集できていない。

好きな映画に出てくる女優や、趣味の映画鑑賞の話をするが、現実には接する人物との交流の話は、会話の中から聞き出すことはできなかった。

相互依存については、地域や医療機関、行政のケアや是認、理解の行動様式が、各機関の連携の下で望まれると推測される。

<事例8>

F・M氏、昭和13年7月28日(63歳)、女性。
現病歴：発症から9年、脳出血後遺症(右

麻痺、平成4年3月24日)、高血圧、高脂血症、糖尿病。多発性脳梗塞後遺症(平成11年5月)。

①F・M氏は高血圧と診断されており、高血圧が平成3年12月18日に発症した脳出血の原因の一つとして考えられる。

高血圧に対して、アンギオテンシンⅡ系抑制薬であるニューロタンと、塩酸ペルジピン製薬であるコニールの服用により、血圧は130/70～80mmHg前後でコントロールできている。

また、インスリン非依存型糖尿病もあり、糖尿病の発現は何らかの理由でインスリンの作用が減弱することが根底にあり、遺伝的素質、糖尿病になりやすい素質がある。また、生後の環境因子も大きく関わっており、過食、肥満、外傷、手術、感染、妊娠、精神的ストレスなどはいずれも生体内でインスリン作用を過剰要求する条件で、生体はその度に過剰分泌をしなければならぬ。そのため応ずることができれば良いが遺伝的にその力の弱いものはインスリン作用の減弱がくる。

糖尿病はまた、動脈効果を促進させる因子であり、末梢血管の脆弱化を招いたことも脳出血の要因の一つであると考えられる。

糖尿病に対してはインスリン分泌促進薬であるグリミクロンを服用しており、尿検査では尿糖0～1+、血液検査では、糖尿病は空腹時血糖 78～140、HbA_{1c}6.2～6.4でコントロールしている。

高血圧や糖尿病を持ちながら、良好な状態を維持していくためには、継続した食習慣や運動習慣への留意が必要であり、F・M氏は適切に実施できていることが、検査結果から推測できる。

BMIは22.2で、正常範囲である。

平成11年5月の頭部CTの結果、自覚症状はないものの、多発性脳梗塞があり、HMG-CoA還元酵素阻害薬であるリボバスと、血小板凝集抑制薬であるバファリンの服用が開始

されている。麻痺の状態は大きな変化はない。

②身体的自己については、身体に対する感覚やボディイメージという視点で、片手で綺麗にセットできる方法を美容師と相談するなど、障害を考慮した上での、いわゆる女性らしい華やかな装いをしようと心がけていることから、障害による感覚やボディイメージの変化によりF・M氏自身の評価が低下しているとは捉えられない。WHOの性的健康、つまり人格やコミュニケーションや愛情を豊かにし、向上させる性的存在に対する身体的、情動的、知的、社会的視点の統合も変調をきたしているとは考え難い。

人格的自己については、F・M氏の場合、パソコンやデジタルカメラなど、新しいものへの挑戦をするといった行動が見られ、自己の特性や可能性、真価といったものに対する自己評価が低いとは考え難い。

③妻としての役割、老親に対する娘としての役割、また、長女や孫に対して母親として、祖母としての役割を果たしている。主婦役割としての家事労働も、発症前から同じ役割を継続できている。

④「日常生活の制約や痛み、麻痺などを考えると、時々ヤケになりたくなる時がある。それでも、周りの人に心配や迷惑を掛けてはいけないうえ、思い直すこともある」との発言からも、家族、友人との関係において、良好な関係ができていると推測される。

3.2 身体的統合としての生理的様式の比較

身体統合としての生理的様式は、対象者を、発症からある程度の時間が経過し、脳血管障害による障害が固定した時期にある、同じ程度の麻痺、同じ程度のADLの者を選択したため、大きな差異はなかった。

ADLについて観察された違いは、移動手段であり、＜事例3、7＞で公共輸送機関の使用不能。その他の事例は、すべての移動に、

公共輸送機関の使用可能であった。ただ、＜事例3＞については、公共輸送機関が使用できないが、それに替わる家族の介助があり、移動に支障がない状態である。

3.3 心理・社会的統合性としての自己概念の比較

心理・社会的統合性としての自己概念の比較は表1に示す通りである。

障害受容の言動については、＜事例1、2、4、5、8＞は身体的特性、機能性、性別、健康－疾病状態および外見など、自分の身体的なことに関するその人自身の評価は、低いとは考え難い。

一方、＜事例3、6＞が身体に対する感覚やボディイメージの混乱があるものと考えられる。体の一部の機能喪失により、否認、ショック、怒り、抑うつ、解決への努力といった、障害の受容に至るまでの途中の過程であることがうかがわれる。

＜事例3、6＞の両者は、＜事例1、2、4、5、8＞が、発症から5年以上経過しているのに対し、3年という短い経過である。

発症からの18年と、経過が最も長い＜事例7＞については、人の寿命について、「元気であるならば100歳まででも生きてみたいと思うけれど、こんな体やから、もういいわ」との発言などから、障害の受容とは別の要素により、生きがい、自己理想、自己期待感が、低く評価されていると考えられている。

3.4 心理・社会的統合性としての役割機能行動様式の比較

心理・社会的統合性としての役割機能行動様式は表2に示す通りである。

女性である＜事例1、3、8＞については、発症以前からの家事という役割を継続しているという結果であった。一方、男性である＜事例2、6、7＞については、役割の変化があった。

表1 心理・社会的統合性としての自己概念

事例1	いわゆる女性らしい華やかな装いをしていることから、障害による感覚やボディイメージの変化により I・K 氏自身の評価が低下しているとは捉えられない。 人格的自己については、「何事もやろうと決めて頑張ればできるものや」という発言が象徴するように、自分の特性や自己の可能性、価値、真価等に対する I・K 氏は、障害を克服しようとする姿勢としてみられる。
事例2	外来来院時、仲のよい人たちと積極的に話をしている。 「(家族から) 還暦の祝いなんか、年取ったみたいに思われるから、してほしくないわ」という発言があった。
事例3	身体的自己については、持続している疼痛に対する訴えが、外来受診時に毎回主治医に対してあり、身体に対する感覚やボディイメージの混乱があるものと考えられる。N・M 氏の痛みに対する訴えは、抑うつ、解決への努力の状態ではないかと推測されるが、受容には至っていない。
事例4	いわゆる女性らしい装いをしていることから、障害による感覚やボディイメージの変化により H・K 氏自身の評価が低下しているとは捉えられない。 何のために歩行が必要なのか、H・K 氏のなかで自覚されており、外来の待ち時間の間、病院の周囲を一周するなど、足が弱らないためにと、積極的に歩行練習を行っているという行動に反映されているものと考えられる。
事例5	定年退職後、3 年が経過して脳出血を持つこととなった。O・S 氏は、定年退職後に写真撮影を始めるなど、加齢による生活様式の変化を予測して、有効な余暇活動を行うべく、計画を立てて実行していたところ、脳出血により障害を持つに至る。 障害があるため、写真撮影を行うために人に連れて行ってもらわなければいけないという条件付ではあるものの、それを継続して行っており、右麻痺という機能障害は、写真撮影という活動を行う上での大きな不利にはならない。
事例6	知覚している体の機能の変化に対する言語的、または非言語的な否定的反応が見られている。具体的には、食事のときには左手にスプーンを持つなどと、右手を積極的に使おうとはしないといった行動や、妻からの、孫とじゃんけんなどをして、右手を使う訓練をすれば良いのになどといった働きかけがあるものの、積極的な返事はしていないといった言動である。
事例7	身体的自己について考えるにあたって、独居という他者との関係が十分とは言えない状況の中で、経済的自立も障害されており、その一つの表出したものとして、好きな映画に出てくる女優や、病院内の看護婦の中での好きなタイプなどを現実から少しかけ離れたものとして話すなどからも、身体的特徴、機能性、など身体的なことを、W・K 氏が低く評価しているのではないかと考えることができる。 人格的自己については、人の寿命について、「元気であるならば 100 歳まででも生きてみたいと思うけれど、こんな体やから、もういいわ」、との発言から自己理想、自己期待感が W・K 氏の中で低く評価されていると考えられている。
事例8	外来来院時きちんと化粧を施してくる。髪型にも気を配り、片手で綺麗にセットできるように美容師と相談をしていると話す。「病氣と寿命とは違う。寿命があれば自殺しようとしても、死ぬことはできない。人にはそれぞれの運命がある」、と話す。 2、3 年前からパソコンを使い、電子メールで子どもや孫と頻繁にやり取りをしている。担当の理学療法士とも電子メールで時々やり取りをしている。

表2 心理・社会的統合性としての役割機能行動様式

事例1	妻であり、母であるというのがI・K氏の役割である。また、家事といったアンペイドワークではあるが主婦としての労働も、工夫しながら継続している。
事例2	障害を持つ前は、職業人として、家族の家計を支えるというかたちでの夫、父親としての役割を果たしていたが、職業を通した役割は喪失している。
事例3	夫と二人暮らし。炊事は調理方法を、例えば皮を剥く時には先に半分に分けてからまな板の上に固定するなど、工夫しながら行っており、他の家事は手伝ってもらいながらも自分で行っている。
事例4	主婦役割は長男の嫁に引き渡している。旅行が好きで、友人とよく行く。「旅行が楽しみ、これがあるから生きていける」と笑いながら話している。
事例5	定年退職というかたちで、働き手であるという役割は発症前に終えている。その後の定年退職後の友人や家族と言った他者が期待する役割は、発症後も継続している。父親としての役割、また夫としての役割を果たしている。
事例6	発症前は自営業を営んでいたが、病院を退院後は独立していた長男家族と同居するようになった。障害を持つことによって、一家の大黒柱としての役割がO・K氏から長男へ移ったということが考えられ、徐々に役割を移行していくのではなく、急激な変化であったと推測される。
事例7	独居。職業には就いていない。
事例8	妻としての役割、老親に対する娘としての役割、また、長女や孫に対して母親として、祖母としての役割を果たしている。主婦役割としての家事労働も、発症前からの状態を継続できている。

表3 心理・社会的統合性としての相互依存行動様式

事例1	家族状況や外来受診時の情報交換の状況から考えられることは、他者との良好な関係が成立しているものと考えられる。家族からのサポートも置き換えて考えた場合、サポートはあると推測される。
事例2	外来受診時の情報交換の状況から、他者との良好な関係が成立しているものと考えられる。しかし、家族状況については判断するのに十分な情報が得られなかった。
事例3	外来受診時には夫に送迎をしてもらい、家事を手伝ってもらいながらも主体的に行うなど、家族の中で、相互に良好な関係が成立していると推測される。
事例4	相互依存については詳しい情報を得ることはできなかったが、夫、長男夫婦と同居している情報からは良好だと推測される。友人と旅行を頻繁に行っていることから、友人という重要他者との良好な関係が成立しているものと推測される。
事例5	家族で旅行に出かけるなど、家族との関係も、また趣味を同じにしている友人との関係も、良好な状態が保たれているものと推測される。
事例6	長男の家族が障害を期に同居を始めたことから、家族は良好な関係といえる。しかし、援助希求、自発的行動、障害克服、残存している独立の価値観は、O・K氏と家族の間に、右手を使う練習に対する考え方の相違などからも推測されるように一致があるとは、言い難い。
事例7	独居であり、地域や医療機関、行政のケアや是認、理解の行動様式が望まれると推測される。
事例8	「日常生活の制約や痛み、麻痺などを考えると、時々ヤケになりたくなる時がある。それでも、周りの人に心配や迷惑を掛けてはいけないと重い、思い直すこともある」との発言からも、家族、友人との関係において、良好な関係ができていると推測される。

＜事例4、5＞については、退役した後、余暇活動を充実させているという背景があり、これを考慮するならば、ここでは障害を持つことによる役割には、4、5を除く事例に性差が観察された。

3.5 心理・社会的統合性としての相互依存行動様式の比較

心理・社会的統合性としての相互依存行動様式は表3に示す通りである。

＜事例7＞を除くすべての事例において、家族との相互依存関係は良好なものとして推測されるが、信頼性を得るためには、客観的な尺度を用いて比較する必要があると思われる。

4. 考 察

まず時間の経過について着目してみると、障害の受容について、障害を身体機能の一部と捉えるという考えから、キューブラ・ロスが提唱した死の受容過程と同様の、ショック、否認、怒り・うらみ、悲嘆、抑うつ、希望という経過をたどると考えられている^{7,8)}。

また、横山も、脊髄損傷という自らの身体機能の喪失体験を通して、同様の心理的段階をふまえて経過し、受容するまでに長い時間を要することを語っている⁹⁾。

しかし、障害受容に長い時間が要することについて述べられていたが、どれくらいの時間を要するのかは、あまり知られていないところである。

藤田らは「障害受容」という言葉が、医師、看護婦(師)、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーという専門職種によってどのように使われているのかという報告において、「多くの場合、ソーシャルワーカー以外の専門職種は、症例と関わる期間は入院期間中のみで、「障害」の意味合いは狭く、障害受容に関して、自らの障害を、ありのままに

受け入れるという点では一致していたが、病院という限定された関係・場所・期間で、退院準備としての障害受容が考えられていた¹⁰⁾」、と述べている。

ソーシャルワーカー以外の専門職種における時間の限定は、症状の固定に要する医学的な要因と、障害認定、医療費、入院期間の制約などの社会的要因などが考えられる。

また、奥宮は、看護学生を対象としたリハビリテーション看護における障害の概念の中で、「看護学生はリハビリテーションの対象を、障害を持つ「ひと」と捉えるより、病気のひと「患者」として捉えている¹¹⁾」と述べていることから、医療専門職種につく以前からの、対象者を捉えるうえでの意識についてをふまえて、さらに、知る必要があると考える。

本調査では、医療専門職種がこれらの事例の障害受容について、どのように捉えているのかについての観察を行わなかったが、発症から3年を経過した＜事例3、6＞が、障害受容に至っていないという結果から、障害受容に対して、リハビリテーション施設に入所している期間よりもはるかに長いタームで継続して援助していかなければならないものであることが推測された。

そのためにも医療専門職種が、発症直後から在宅にいたるまでの、長期的な継続援助が実施できるよう、共通認識を深めることが、障害受容への一助となるものと考えられる。

次に、役割についてみると、本調査では役割の継続における性差が観察された。3例の女性が、家族という社会の中で、家事という役割を継続していることにより、日常生活に充実感を持っているという状況に対して、3例の男性では、障害によって就労という社会的役割を喪失しており、新たな役割が明確化できていなかった。このような状況は、サクセスフルエイジングの活動理論を支持する結果であると考えられる。

役割の継続における性差について、上野は、「定年によって雇用者は、経済的に自立した「成人」のカテゴリーから放逐される。定年後の人生は社会的な意味での「死後」の世界、おまけの日々である。伝統社会の中の隠居慣行が、隠居を「公事」、現役を「俗事」といういわば聖／俗の領域に割り当て、社会的領域の「棲み分け」を図ったのに比べれば、現代の定年は、社会からの無用を宣告される最も過酷な経験である。職業生活への没入が大きかった人ほどその傾向が強い¹²⁾」と述べている。

一方、退役した後、余暇活動を充実させている<事例4、5>について考えてみると、退役を含めた加齢に伴う変化に対する準備行動を、障害を持つという、一種の加齢に伴う身体的変化が起こる以前から組織的に勤めるという、サクセスフルエイジングの離脱理論に基づくならば、企業等における啓蒙活動の充実が、生きがい形成の促進に、つながるものと考えられる。

岡山らは、サクセスフルエイジングの準備行動に関する研究で、健康感が高くなるにつれて高得点となり、特に男性で有意であり、現在の健康状態が老後準備の意識を左右していると推測し、実際の医療機関を受診している者としていない者との間で、総合得点を比較したところ、明らかな差が認められなかったことを報告している。その理由として、「対象者が「健康感」を身体面だけでなく、心理社会面を含めた生活全体の健康と捉えていることが考えられ、その意味においては、健康的な生活をしていると自覚するものほど老後の準備に努力していると考えられる¹³⁾」と述べている。

相互依存についてみてみると、<事例1、2、3、4、8>が、外来での診察を待つ時間を利用して、自らが体験した日常生活上の問題点とそれを解決するための工夫を、ともに話し合うという機会を多く持つようにしてい

る状況が観察された。このことは、同じような疾病や症状を持つ人との交流や患者会への参加が、ピアカウンセリング効果をもたらす可能性のあることを、示唆しているものと考えることができる。

瀬山は、セルフヘルプグループの関係性の質について、「負の感情の吐き出しをする場＝安心して話せる場は、参加者の経験の共通性やそれによる共感によって生み出される。医療などの場が医療者と患者の上下関係によって成り立っているのに対して、セルフヘルプグループは共通の体験によって生み出される共感とそこで生み出される対等性によって成り立っているといえる¹⁴⁾」と述べている。

そのため、患者会への支援や、病院の待合などの環境改善といった、ソフトとハードの両面を、もう一度確認していく必要があると考えられる。

また、相互依存に重要な役割を果たしているであろうと推測される家族に、外来通院期間中に関わることは難しい。したがって、今回の外来受診時の聞き取りという調査方法では、家族と接する機会も少なく、家族状況などの聞き取りを、十分に行うことができなかった。

そのため、今後は、発症直後といった家族との接触が比較的多い入院期間中に、障害を持つ人の重要他者である家族に対し、援助していく必要があると考えられる。

5. おわりに

今回の調査では、麻痺程度やADLが同じような状態にある対象者を選択したが、全事例に共通する脳血管障害の主な要因が、高血圧症にあることから、障害を持たない、健やかな状態を維持していくための、一次予防を重視した健康教育を充実する必要性を感じた。

医学の進歩に伴い、現代は「なかなか死ねない」時代である。脳血管障害等が発症し、

障害を持った後も、加齢に伴う筋力の低下や視覚や聴覚といった感覚器の機能低下などの身体的変化は進行していく。

したがって、医療専門職種は、障害を持つ人への支援を考えていくにあたって、従来のADLの拡大や残存機能の維持、廃用性萎縮の予防といった援助に加えて、加齢による変化にも対応する視点を持つことが求められるであろう。すなわち、動脈効果などの生活習慣による身体的変化を予防するための、教育的介入が重要であると考ええる。

本調査は、個人を対象に調査を行った結果、集団という視野に立った検討が不十分であり、そのため、中途障害を持つ人の傾向や問題点が明確化されていない。そのため、今後は、臨床現場に還元するためにも、ケーススタディにあわせて、集団を対象とした調査を行い、さらに考察を深めることが、課題であると考えている。

6. 謝 辞

本研究にあたり、調査対象者であった8名のリハビリテーション病院通院者をはじめ、情報提供を快諾してくださった、関係施設スタッフの皆様に、心よりお礼申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 厚生統計協会 国民衛生の動向, 49, 155-157頁(2002)
- 2) 守屋国光: 高齢期の自己概念に関する研究(Ⅲ), 老年心理学研究, 3(2), 41-56頁(1979)
- 3) 前田大作・浅野 仁・谷口和江: 老人の主観的幸福感の研究, 社会老年学, 11, 15-31頁(1979)
- 4) 古谷野亘: モラルに対する社会的活動の影響, 社会老年学, 17, 36-49頁(1983)
- 5) 藤田綾子: 高齢者と適応, ナカニシヤ出版, 73-86頁(2000)
- 6) S. C.ロイ, 松木光子監訳: ロイ適応看護モデル序説, メジカルフレンド社, 44-377頁(1981)
- 7) E.キューブラ・ロス: 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 61-228頁(1998)
- 8) 上田 敏他: 目で見えるリハビリテーション, 東京大学出版会, 1-5頁(1981)
- 9) 横山 淑: 「からだ」を失う, 日本保健医療行動科学学会年報, 15, 23-29頁(2000)
- 10) 藤田智香子・川口晴美・勘林秀行・吉川公章・吉川由希子・佐藤 武: 「障害受容」という言葉はリハビリテーションの専門職種によってどのように使われているか, 青森保健大学紀要, 2, 17-26頁(2000)
- 11) 奥宮暁子: リハビリテーション看護における障害の概念, リハビリテーション看護の新しい視座, 医師薬出版, 8-15頁(2001)
- 12) 上野千鶴子: 近代家族の成立と終焉, 岩波書店, 255-280頁(1994)
- 13) 岡山寧子・小松光代・大西小百合・福岡和美・谷垣静子・佐藤卓利・阿部登茂子: 中高年におけるサクセスフルエイジングに向けての準備行動に関する研究, 京都府立医療技術短期大学紀要, 9, 325-330頁(2000)
- 14) 瀬山紀子: 社会運動としてのセルフヘルプグループ, *Sociology Today*, 11, 72-85頁(2000)

(受理 2003年2月3日)